



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – FACE
PEDAGOGIA – FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA SÉRIES INICIAIS DO ENSINO
FUNDAMENTAL

Maria Dolores Cunha de Sousa

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH**

BRASÍLIA
2007

Maria Dolores Cunha de Sousa

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH**

Monografia apresentada ao Curso de Pedagogia da Faculdade de Ciências da Educação - FACE, do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, como parte das exigências para a conclusão do Curso.

Orientadora: Professora Dra. Maria Eleusa Montenegro.

BRASÍLIA
2007

À orientadora, Dra. Maria Eleusa Montenegro, por sua sabedoria, dedicação e, em especial, pela paciência no ensinar.

A minha querida mãe, que sempre esteve ao meu lado.

In memoriam, ao meu pai, que de onde estiver, estará torcendo pelo meu sucesso.

A minha irmã Dulce, pelo apoio irrestrito nas horas difíceis.

A minha família, pela compreensão nos momentos de ausência.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o
que ensina”.

(Cora Coralina)

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do desenvolvimento de autocontrole que consiste em problemas com período de atenção, com controle de impulso e com o nível de atividade. Este trabalho tem como objetivo entender este problema por meio do estudo de caso de uma criança portadora de TDAH, com vistas a propor sugestões para a superação desse problema. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa e os instrumentos de pesquisa foram a entrevista para a coleta de dados com pais, o especialista que atendeu a criança e o professor. Também, foi utilizada a observação da criança. As categorias escolhidas foram: Pais: Características do filho que levou os pais a suspeitarem do quadro de TDAH; Providências adotadas a partir da constatação; Reação e principais dificuldades dos pais encontradas ao tomarem conhecimento do diagnóstico; Tratamentos indicados; Opinião dos pais quanto ao tratamento medicamentoso; e Dificuldades apresentadas no âmbito familiar ou escolar. Professores: Percepção do professor diante do problema; Características comportamentais de TDAH; Postura adotada pelo professor diante de "Y"; Busca de informações sobre o comportamento de "Y"; Ações e postura tomadas diante do caso; Consequências benéficas das ações tomadas; e Dificuldades encontradas. Especialista: Confirmação para ser portador de TDAH; Características reconhecidas pelos profissionais da educação; Momento em que o profissional de saúde auxilia o profissional de educação; Relação da criança com os colegas em sala de aula; Sugestões transmitidas aos professores e pais; e Opinião do especialista sobre treinamento específico para professores. Observadora: Processo ensino-aprendizagem (atitudes e comportamento); Relação professor-aluno; Relação aluno com os colegas; Comportamento nas brincadeiras e jogos; Organização dos objetos pessoais; Atenção por parte do professor; e Atividades desenvolvidas dentro do prazo solicitado pelo professor. Alguns dos resultados deste trabalho foram: a falta de atenção em sala de aula, a desorganização com o material escolar, a vontade de fazer atividades de uma só vez e as dificuldades na concentração, levaram os pais a suspeitarem que o filho apresentava um comportamento diferente em comparação a outras crianças da mesma idade; logo no primeiro contato com a criança, o professor percebeu que o mesmo apresentava uma inquietação fora do normal para a idade e série, que eram as características comportamentais de TDAH, até porque obteve informações antes de conhecê-lo; comportamentos evidenciados em sala de aula podem sugerir que o aluno tenha o TDAH, como por exemplo: inquietação física, desatenção, dificuldade em concluir suas atividades, excessiva exigência de atenção por parte do professor, dificuldade em concluir suas atividades, dificuldade em esperar sua vez entre outros; e durante o processo de ensino-aprendizagem, o aluno demonstrou uma inquietação constante: conversou muito, levantou, andou pela sala e perguntou bastante. Conclui-se, ao final deste trabalho, que o acompanhamento de profissionais especializados minimiza as dificuldades dos pais que lidam com crianças portadoras do TDAH. Essas crianças podem levar uma vida normal, desde que haja acompanhamento rigoroso dos pais, em conjunto com especialistas.

Palavras-chave:

Transtorno de Déficit de Atenção-Hiperatividade. Dificuldades de Aprendizagem. Hiperatividade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	JUSTIFICATIVA	9
3	PROBLEMA	10
4	OBJETIVOS	10
4.1	OBJETIVO GERAL.....	10
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
5.1	O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE – TDAH.....	11
5.2	HISTÓRICO SOBRE O ASSUNTO.....	12
5.3	LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	13
5.4	SINTOMAS DO TDAH.....	13
5.5	CAUSAS DO TDAH.....	14
5.6	DIAGNÓSTICO DO TDAH.....	16
5.7	TIPOS DE TDAH.....	17
5.8	TRATAMENTO DESSA SÍNDROME.....	17
6	METODOLOGIA	19
6.1	PESQUISA QUALITATIVA.....	19
6.2	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	20
6.2.1	Entrevista.....	20
6.2.2	Observação com o aluno.....	20
6.3	CENÁRIO E PARTICIPANTES.....	21
6.4	ESPECIFICAÇÃO DAS FASES DA PESQUISA.....	21
6.5	CATEGORIAS, ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	21
6.5.1	Especificação das categorias escolhidas.....	21
6.5.2	Organização, análise e discussão dos dados.....	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICES	33
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PAIS.....	
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFESSORES.....	
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PSICÓLOGO.....	
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO ALUNO.....	

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH – é o distúrbio que ocorre na infância, porém de difícil diagnóstico. Os sintomas persistem na vida adulta e levam a graus variáveis de comprometimento na vida social, acadêmica e profissional da maioria dos indivíduos.

Na definição de Benczik e Rohde (1999) o TDAH “é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade”.

Barkley (2002, p. 35) assim define o TDAH:

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, ou TDAH, é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção com o controle de impulso e com o nível de atividade. Contudo, como você irá descobrir aqui, é muito mais. Esses problemas são refletidos em prejuízos na vontade da criança ou em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo em ter em mente futuros objetivos e conseqüências. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um transtorno real, um problema real e, freqüentemente, um obstáculo real. Ele pode ser um desgosto e uma irritação.

O TDAH pode associar com maior freqüência que o esperado a outros transtornos, tais como a depressão e a ansiedade, ao uso de drogas, a problemas comportamentais e dificuldades com a linguagem.

Para conhecer sobre o TDAH fez-se necessário pesquisar artigos e livros especializados, no intuito de entender melhor o assunto que pode ser interpretado e diagnosticado de forma incorreta.

A presente monografia propõe uma reflexão em torno do TDAH, como ele é visto e tratado por profissionais das áreas de saúde e educação, realizando um estudo de caso de uma criança portadora de TDAH.

2 JUSTIFICATIVA

Crianças que têm dificuldade em prestar atenção, controlar as emoções e que não pensam antes de agir, podem ser consideradas, por leigos, como fase do desenvolvimento infantil a qual, com o tempo, será superada.

Para profissionais da área de saúde existe uma definição: trata-se do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH.

A criança portadora de TDAH representa um enorme desafio para pais e professores. Desatenção, agitação em excesso, emotividade e impulsividade afetam a integração da criança em casa, na escola e na comunicação em geral.

O relacionamento com os pais, professores, irmãos e amigos é muitas vezes prejudicado pelo estresse provocado pelo comportamento inconstante e imprevisível da criança. Além disso, o desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola podem ser afetados negativamente, visto que a criança com TDAH apresenta as mesmas dificuldades de outras crianças, só que em grau muito mais elevado.

A importância deste trabalho enquanto acadêmica do curso de Pedagogia é conhecer o TDAH (sintomas, causas, tipos, diagnósticos e tratamento), que poderá proporcionar ser uma profissional capacitada a identificar e encaminhar para tratamento especializado, crianças com características do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.

3 PROBLEMA

O interesse pelo tema sobre hiperatividade surgiu durante o acompanhamento, por um curto período, de uma criança de oito anos de idade com este transtorno.

A energia constante, a inquietude e o comportamento sempre acelerado tornaram-se fatores determinantes para o conhecimento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

A fim de se obter uma melhor compreensão a respeito do TDAH e as suas repercussões, necessário se faz abordar vários aspectos acerca do assunto, tais como:

1. Quais os sintomas e as causas do TDAH?
2. Quais os tratamentos adequados?
3. O que professor e pais podem fazer para colaborar na solução desse problema?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Entender o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e realizar estudo de caso de uma criança portadora de TDAH, com vistas a propor alternativas para a superação desse problema.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais dificuldades e sucessos encontrados pelos pais de portadores de TDAH.
- Relatar as dificuldades e progressos dos profissionais da educação na lida com portadores de TDAH.
- Mostrar, através do estudo de caso, os resultados alcançados com o tratamento do TDAH.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE – TDAH

No livro “Hiperatividade: como lidar?”, Topczewski (1999, p. 21) afirma que “a hiperatividade é um sintoma que não tem definição precisa aceita unanimemente, mas todos concordam que compromete de modo marcante o comportamento do indivíduo”. O autor considera a hiperatividade como um desvio comportamental e que tem como características mudanças repentinas (e excessivas) de atitudes e atividades. E acrescenta que “crianças e adolescentes hiperativos são freqüentemente considerados como pessoas inconvenientes”.

Ao considerar que a criança hiperativa representa um enorme desafio para pais e professores, Goldstein e Goldstein (2003, p.19) sugerem, de acordo com pesquisas realizadas, que a hiperatividade pode ser o problema mais persistente e comum na infância. Segundo os autores, “é persistente ou crônico porque não há cura e muitos problemas apresentados pela criança hiperativa devem ser administrados, dia-a-dia, durante a infância e a adolescência”.

Barkley (2002, p. 21) destaca o desafio de criar uma criança com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade:

Muitos pais com quem tive o privilégio de trabalhar descobriram que o desafio de criar uma criança com TDAH eleva sua condição a um plano novo, mais elevado. Educar uma criança com TDAH pode ser a coisa mais difícil que você terá de fazer em sua vida. Alguns pais sucumbem ao estresse que uma criança assim lhes provoca, ansiosos com uma família em crise constante ou, pior, com uma família que se dilacera. Mas se você enfrentar o desafio, verá que criar uma criança com TDAH oferece uma tremenda oportunidade de autodesenvolvimento e realização como pai ou mãe.

Ainda sobre o TDAH, Domingos e Risso (2000, p. 64) complementam:

O TDAH é um transtorno comum na infância, embora não haja concordância entre os autores sobre suas prevalência, em virtude das constantes mudanças em sua definição, o que impede a tomada de medidas exatas do número de crianças afetadas. A taxa de prevalência varia entre 5% e 15% (BARBARAZ, BARBARAZ 1996; BIEDERMAN et al. 1995; APA 1994), sendo mais comum em meninos do que em meninas, na proporção de 4:1 a 9:1 (APA 1994), coexistindo com transtornos de conduta em mais de 70% dos casos e com problemas de aprendizagem em cerca de 20% a 70% dos casos (BARRICKMAN et al, 1995). Na vida adulta, entretanto, o transtorno pode apresentar características próprias. Muitos adultos podem continuar a utilizar drogas estimulantes como forma de controle de comportamento, mas aqueles

excepcionalmente inteligentes podem aprender estratégias compensatórias para suas dificuldades (RAPIN, 1996).

5.2 HISTÓRICO SOBRE O ASSUNTO

Para explicar a perspectiva histórica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Benczik (2006) explica que “historicamente, há alusões a respeito desses problemas na infância em muitas das grandes civilizações”. Segundo a autora, “o médico grego Galen foi um dos primeiros profissionais a prescrever ópio para a impaciência, a inquietação e cólicas infantis”.

Seguindo a cronologia dos fatos, Benczik (2006) explana:

- 1890 – médicos trabalhavam com pessoas que apresentavam dano cerebral e sintomas de desatenção e impaciência.
- 1902 – Still detecta problemas em crianças e denomina como efeito na conduta moral, o que resultava na inabilidade da criança para internalizar regras e limites.
- 1917 e 1918 – profissionais da área de saúde acompanharam crianças com crise de encefalites, e notaram que havia um grupo fisicamente recuperado das encefalites, mas que apresentavam inquietação, desatenção, e que eram facilmente impacientes e hiperativas, comportamentos esses não exibidos antes da doença.
- 1937 – o médico Charles Bradley, enquanto trabalhava com crianças emocionalmente perturbadas, experimentou medicações estimulantes (administrou benzedrine). Na época, observou um resultado positivo: as crianças, por um período de tempo, mostraram-se mais calmas, positivas e pareciam aprender melhor.
- Segunda Guerra Mundial – pesquisadores estudaram ampla variedade dos prejuízos da guerra, incluindo traumas cerebrais.
- Década de 40 – surgiu a designação de Lesão Cerebral Mínima, devido a evidências que demonstravam alterações comportamentais, principalmente hiperatividade, com lesões do sistema nervoso central.
- 1962 – hipóteses de Lesão Cerebral Mínima não se confirmaram; a síndrome foi denominada de Disfunção Cerebral Mínima (DMC).
- Anos 60 – caracterização da hiperatividade como síndrome de conduta, mais tarde denominada Reação Hipercinética.

- Década de 70 – a Classificação Internacional das Doenças (CID-9) manteve denominação semelhante: Síndrome Hiperkinética.
- Década de 80 – termo alterado para Distúrbio do Déficit de Atenção.
- 1987 – nomenclatura do transtorno alterado para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção.
- 1993 – o CID-10 alterou a nomenclatura como Transtornos Hiperkinéticos.
- 1994 – Denominado, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV), transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, utilizando-se como critério dois grupos de sintomas de mesmo peso para o diagnóstico: a) desatenção; e b) hiperatividade/impulsividade.

5.3 LEGISLAÇÃO PERTINENTE

O artigo 227 da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no que se refere à assistência integral à saúde da criança e do adolescente, parágrafo 1º, item 2, dispõe sobre:

A criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

A Lei de Diretrizes e Bases 9394/96, (BRASIL. MEC, 1996) em seu capítulo V, que trata da Educação Especial, nos parágrafos 1º e 2º, reza que:

§ 1º - Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.
§ 2º - O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

5.4 SINTOMAS DO TDAH

Topczewski (1999, p. 42) acredita que a hiperatividade não é um sintoma que aparece isolado, mas sim acompanhado por outras manifestações, como a baixa capacidade de manter a atenção que é também chamado de (DDA). Isto significa

que a criança não consegue se concentrar e, por isso, a memorização é prejudicada, comprometendo o resultado final do seu aprendizado.

Com base em estudos realizados por profissionais da área, Barkley (2002, p. 50) comenta:

Hoje, a maioria dos profissionais clínicos – médicos, psicólogos, psiquiatras e outros – acreditam que o TDAH consiste em três problemas primários na capacidade de um indivíduo controlar seu comportamento: dificuldades em manter sua atenção, controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais (inclusive eu) reconhecem que aqueles com TDAH possuem dois problemas adicionais: dificuldades para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações (particularmente tarefas ligadas ao trabalho).

A manifestação dos sintomas de impulsividade ou falta de autocontrole, assim é definido por Benczik (2006, p. 29):

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola ou situações sociais. É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os momentos. A criança oscila muito em suas atitudes: um dia aparece bem, e, no outro pode ter dificuldades consideráveis com a mesma tarefa, ela mostra-se inconsistente em suas respostas.

Através de artigos publicados na Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA - 2006) pode-se observar que o TDAH não é um distúrbio essencialmente infantil. Segundo a associação, a maioria das crianças terá sintomas por toda a vida, os quais poderão ou não interferir de modo significativo em sua vida profissional, social e familiar. Para a ABDA, “a existência da forma adulta do TDAH foi oficialmente reconhecida apenas em 1980 pela Associação Psiquiátrica Americana. E, desde então inúmeros estudos têm demonstrado a presença de TDAH em adultos”. (TDAH, 2006).

5.5 CAUSAS DO TDAH

Nas definições de Goldstein e Goldstein (2003), Rohde e Benczik (2006) e Domingos e Risso observou-se um entendimento, se não consensual, muito próximo sobre as causas do Transtorno.

Goldstein e Goldstein (2003) relatam que algumas teorias sugerem o que segue, como causas do TDAH:

- Traumas durante o parto;

- Distúrbios clínicos;
- Distúrbios compulsivos;
- Efeitos colaterais de medicamentos;
- Dieta alimentar;
- Chumbo;
- Infecções de ouvido;
- Hereditariedade; e,
- Lesões cerebrais.

Para Rohde e Benczik (1999), os estudos são ainda iniciais e pouco conclusivos. No entanto, sugerem “algumas pistas”: hereditariedade, problemas durante a gravidez ou no parto; exposição a determinadas substâncias; alimentação; hormônios; e problemas familiares.

Estes autores relatam, ainda, que algumas teorias mencionam que fatores psicossociais como, por exemplo, problemas graves na relação familiar, pais com transtornos mentais, ou baixo nível sócio-econômico e cultural da família, contribuem para o desenvolvimento e manutenção de um quadro de TDAH. (Rohde; Benczik, 1999).

Sobre as causas, Domingos e Risso (2000, p. 65) afirmam que:

Muitas causas têm sido propostas para explicar o TDAH e estudiosos concordam que não há uma única, mas sim uma combinação de fatores, que incluem (a) danos cerebral, (b) nutrição pré-natal deficitária (c) consumo de álcool ou drogas durante a gestação. (d) fatores genéticos, (e) alto nível de estresse, (f) condições físicas, neurológicas ou psiquiátricas, (g) alta incidência de infecções respiratórias e alérgicas, (h) dieta rica em açúcar, (i) intoxicações por chumbo e (j) certos medicamentos.

Ao apresentar sua tese sobre as causas do Transtorno, Barkley (2002) comenta que “nosso conhecimento das causas e de como estas influenciam o cérebro e o comportamento têm progredido drasticamente desde a metade dos anos 80”. Ele afirma que certas coisas antes pensadas como causas do TDAH não mais o são. Este autor ainda acrescenta que:

Fatores biológicos (anormalidades no desenvolvimento cerebral) estão mais intimamente associados e talvez sejam causadores do TDAH. Até o momento, os estudos indicam que existe contribuição genética muito forte para essas anormalidades – maior que a contribuição dos agentes ambientais ou fatores puramente pessoais. Tudo que sabemos aponta para a idéia de

que as crianças com TDAH possuem menor atividade cerebral nas regiões frontais – precisamente os centros cerebrais conhecidos por estarem envolvidos com inibição do comportamento, persistência nas respostas, resistência à distração e controle do nível da atividade (BARKLEY, 2002).

5.6 DIAGNÓSTICO DO TDAH

Sobre o diagnóstico de TDAH, Benczik (2006) afirma que o transtorno “tem se tornado um rótulo de quase toda a criança que exhibe algum tipo de comportamento disruptivo ou conduta não complacente”.

Rohde e Benczik (1999) consideram o cérebro como um órgão em que as partes apresentam alto grau de interligação. E acrescentam que “outras áreas que possuem conexão com a região frontal podem não estar funcionando adequadamente, levando aos sintomas de TDAH”. Por outro lado, enfatizam que os estudos são ainda iniciais e pouco conclusivos.

Domingos e Risso (2000) consideram que alguns comportamentos presentes no TDAH são comuns e esperados em determinados períodos do desenvolvimento, não configurando, nesses casos, um quadro clínico de transtorno. Para as autoras, os seguintes transtornos de infância e da adolescência fazem diagnóstico diferencial com TDAH: retardo mental, comportamento opositivo, outros transtornos mentais (exemplos: transtorno do humor, de ansiedade, dissociativo e alteração em virtude de uma condição médica), transtorno evasivo do desenvolvimento ou transtorno psicológico.

Ao considerar que a hiperatividade pode ser percebida em várias fases do desenvolvimento da criança, Topczewski (1999) ensina como se identifica a criança portadora de hiperatividade na escola:

- Quando brincam, não conseguem se fixar em atividades, durante algum tempo.
- estão sempre em todos os lugares;
- inventam atividades que envolvem perigo (necessitam de constante vigilância);
- trocam de brinquedo com muita frequência, pois não conseguem se satisfazer com nenhum por muito tempo;
- têm espírito de destruição (até mesmo com os seus objetos);
- dificilmente conseguem sentar-se à mesa durante as refeições;

- não conseguem assistir televisão por muito tempo;
- não conseguem finalizar uma tarefa de maneira adequada; e
- são muito desorganizados na sua vida diária.

5.7 TIPOS DE TDAH

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV (AMERICAN, 1995), existem três tipos de TDAH, que são:

- TDAH tipo combinado – neste quadro, tanto os sintomas de desatenção como sintomas de hiperatividade e impulsividade estão presentes;
- TDAH tipo desatento – é mais freqüente no sexo feminino e pode levar a um maior prejuízo no desempenho acadêmico. As crianças predominantemente desatentas apresentam um maior retraimento e isolamento social, o que acaba por gerar problemas no relacionamento social, e isso passa a consistir num círculo vicioso, já que, por não envolver-se socialmente de forma adequada, a criança não aprende as habilidades sociais pertinentes ao seu grupo.
- TDAH tipo predominante hiperativo-impulsivo – crianças que apresentam este tipo de TDAH mostram-se mais agressivas do que aquelas que sofrem de um dos outros dois tipos. Dessa forma, freqüentemente, são rejeitadas pelo grupo, pois na maioria das vezes agem sem pensar, não conseguem prever as conseqüências de seus atos e são socialmente inadequadas.

5.8 TRATAMENTO DESSA SÍNDROME

No entendimento de Topczewski (1999) o tratamento para o TDAH deve ser um trabalho conjunto, o qual deve ter envolvimento de familiares, professores e psicólogos, além do controle por medicamentos.

Sobre o tratamento de TDAH, Barkley (2002, p. 277) ensina que:

Os medicamentos são formas mais largamente propagadas e ardentemente debatidas em relação ao tratamento para o TDAH. Centenas de estudos conduzidos indicam que os estimulantes, certos antidepressivos, e clonidina (droga utilizada para o tratamento da hipertensão de adultos) podem ser de grande utilidade para portadores de TDAH. Os estimulantes, as drogas mais comumente utilizadas, têm-se mostrado bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho acadêmico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com TDAH.

Goldstein e Goldstein (2003, p. 203) sugerem uma abordagem fundamentada e razoável para o uso de medicamentos em crianças hiperativas. De acordo com os autores,

No momento, o medicamento é o tratamento mais eficaz para a hiperatividade, e a reação da criança hiperativa à medicação está entre as mais impressionantes da medicina. Quando alguém sugere que o

medicamento para a hiperatividade é perigoso e outros sugerem que é tão seguro quanto eficaz, é difícil saber o que pensar.

Segundo a Associação Brasileira de Déficit de Atenção - (ABDA, 2006), “o tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além das técnicas específicas que são ensinadas aos portadores”.

A ABDA (2006), como parte do tratamento, sugere “a psicoterapia, também conhecida como Terapia Cognitivo-Comportamental, e o acompanhamento com fonoaudiólogo (recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura – Dislexia – ou Transtorno de Expressão Escrita – Disortografia”.

Para essa Associação, “a medicação é parte muito importante do tratamento e dentre os remédios indicados estão: Ritalina (ação curta); Ritalina LA (ação intermediária); Concerta (ação prolongada); e Trofanil (antidepressivo)”. (ABDA, 2006)

A adequada integração e comunicação entre a família, a escola e os profissionais que tratam a criança são essenciais para o sucesso do tratamento de TDAH.

6 METODOLOGIA

6.1 PESQUISA QUALITATIVA

Este trabalho teve como pressuposto a pesquisa qualitativa. Para Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa “tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”. Ainda, de acordo com os autores, existem cinco características básicas que confirmam esse tipo de estudo:

- O pesquisador procura vivenciar situações no ambiente que está sendo investigado. Em situações em que os problemas são observados de forma natural, isto é, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador, o estudo é caracterizado como “naturalístico”.
- Os dados coletados foram predominantemente descritivos. Foram reais, ricos em detalhes, incluindo-se descrição de pessoas, situações, acontecimentos, transcrições de entrevistas e de depoimentos.
- A preocupação com o processo foi maior do que em relação ao produto. O pesquisador se ateve ao tipo de manifestação nas atividades, nos procedimentos e nas alterações cotidianas do observado.
- Foi foco de especial atenção por parte do pesquisador, o significado que os observados dão às coisas e às suas vidas.
- O processo indutivo tendeu a seguir uma análise dos dados. Foi considerado o desenvolvimento do estudo: no início houve questões de interesses muito amplos, os quais, no final, se tornam mais diretos e específicos.

Nesta pesquisa, será realizado um estudo de caso de uma criança portadora do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Segundo Lüdke e André (1986, p. 17):

O estudo de caso é o estudo de um caso, seja ele simples e específico, como o de uma professora competente, de uma escola pública, ou complexo e abstrato, como o das classes de alfabetização (CA) ou do ensino noturno. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo.

6.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

6.2.1 ENTREVISTA

Neste trabalho utilizou a entrevista para a coleta de dados com os pais, com o especialista que atende o aluno e com o professor regente desse semestre.

A entrevista, para Lüdke e André (1986), ao lado da observação, “representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados”. As autoras afirmam, ainda, que a pesquisa tem um papel importante não só nas suas atividades científicas, mas como em outras atividades humanas. Na entrevista, a relação que se cria é de total interação, havendo, para tanto, reciprocidade entre entrevistador e entrevistado.

Os instrumentos encontram-se nos apêndices (A, B, C e D).

6.2.2 OBSERVAÇÃO COM O ALUNO

No livro “Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas”, Lüdke e André (1986) afirmam que “o que cada pessoa seleciona para ver depende muito de sua história pessoal e principalmente de sua bagagem cultural”. Assim, segundo os autores, a observação, para que se torne instrumento válido e fidedigno de investigação científica, precisa ser antes de tudo controlada e sistemática. Para eles, “isso implica a existência de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador”. Ainda, sobre a observação, os autores acrescentam que “planejar a observação significa determinar com antecedência o quê e o como observar”.

Para Lüdke e André (1986), a observação nas abordagens qualitativas ocupa um lugar privilegiado na pesquisa educacional. No caso, “o observador pode recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado”. Segundo estes autores:

Ao mesmo tempo que o contato direto e prolongado do pesquisador com a situação pesquisada apresenta as vantagens mencionadas, envolve também uma série de problemas. Algumas críticas são feitas ao método de observação, primeiramente por provocar alterações no ambiente ou no comportamento das pessoas observadas. Outra crítica é a de que este método se baseia muito na interpretação pessoal. Além disso, há críticas no sentido de que o grande envolvimento do pesquisador leve a uma visão distorcida do fenômeno ou a uma representação parcial da realidade. Ludke e André (1986, p. 27).

Sobre o conteúdo das observações, Lüdke e André (1986, p. 30) afirmam:

Os focos de observação nas abordagens qualitativas de pesquisas são determinados basicamente pelos propósitos específicos do estudo, que por sua vez derivam de um quadro teórico geral, traçado pelo pesquisador. Com esses propósitos em mente, o observador inicia a coleta de dados buscando sempre manter uma perspectiva de totalidade, sem se desviar demasiado de seus focos de interesse. Para isso, é particularmente útil que ele oriente a sua observação em torno de alguns aspectos, de modo que ele nem termine com um amontoado de informações irrelevantes nem deixe de obter certos dados que vão possibilitar uma análise mais completa do problema.

6.3 CENÁRIO E PARTICIPANTES

O cenário da pesquisa foi uma escola da Região Administrativa de Taguatinga – Distrito Federal.

Neste trabalho foram entrevistados o professor da criança, objeto desse estudo de caso, seus pais e o especialista que o acompanha. Foi realizada, também, a observação da criança.

6.4 ESPECIFICAÇÃO DAS FASES DA PESQUISA

Este trabalho foi realizado no 2º semestre de 2006 e no 1º semestre de 2007.

No 2º semestre de 2006 foi elaborado o projeto de monografia. A elaboração dos instrumentos foi realizada em novembro de 2007.

No período compreendido entre agosto a novembro de 2006 foi elaborada a fundamentação teórica.

Os instrumentos de pesquisas foram aplicados no período de março a abril de 2007.

A organização, a análise e a discussão dos dados foram realizadas em maio de 2007.

As considerações finais, a redação da Monografia, bem como a apresentação oral ocorreram no mês de junho de 2007.

6.5 CATEGORIAS, ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.5.1 Especificação das Categorias Escolhidas

As categorias escolhidas para a organização, análise e discussão dos dados foram:

- Pais

- Características do filho que levou os pais a suspeitarem do quadro de TDAH
- Providências adotadas a partir da constatação
- Reação e principais dificuldades dos pais encontradas ao tomarem conhecimento do diagnóstico
- Tratamentos indicados
- Opinião dos pais quanto ao tratamento medicamentoso
- Dificuldades apresentadas no âmbito familiar ou escolar

- Professores

- Percepção do professor diante do problema
- Características comportamentais de TDAH
- Postura adotada pelo professor diante de “Y”
- Busca de informações sobre o comportamento de “Y”
- Ações e postura tomadas diante do caso
- Consequências benéficas das ações tomadas
- Dificuldades encontradas

- Especialista

- Confirmação para ser portador de TDAH
- Características reconhecidas pelos profissionais da educação
- Momento em que o profissional de saúde auxilia o profissional de educação
- Relação da criança com os colegas em sala de aula
- Sugestões transmitidas aos professores e pais
- Opinião do especialista sobre treinamento específico para professores

- Observadora

- Processo ensino-aprendizagem (atitudes e comportamento)
- Relação professor-aluno

- Relação aluno com os colegas
- Comportamento nas brincadeiras e jogos
- Organização dos objetos pessoais
- Atenção por parte do professor
- Atividades desenvolvidas dentro do prazo solicitado pelo professor

6.5.2 Organização, Análise e Discussão dos Dados

- Caracterização da Clientela

A criança objeto desse trabalho tinha 10 anos, à época e cursava a 4ª. Série do Ensino Fundamental em uma escola da região administrativa de Taguatinga - Distrito Federal, no turno matutino.

A entrevista com os pais foi realizada em 23/03/2007, na residência dos mesmos na região administrativa de Taguatinga – Distrito Federal. A mãe tinha 35 anos, trabalhava como secretária (empresa de iniciativa privada), iniciou o curso de graduação na área de recursos humanos (administração de empresas), mas ainda não o havia concluído. O pai tinha 37 anos e trabalhava como funcionário da iniciativa privada, tendo o 2º. grau completo.

A entrevista com a professora foi realizada no dia de sua coordenação, em 30/04/2007, na escola pública que trabalhava, na região administrativa de Taguatinga – Distrito Federal.

A entrevista com a especialista foi realizada em 04/04/2007, que tem formação em Psicologia, na clínica que ela possui.

Os dados foram organizados, analisados e discutidos nas categorias propostas, conforme descrição a seguir:

- Pais

- Características do filho que levou os pais a suspeitarem do quadro de TDAH
“Falta de atenção em sala de aula, desorganização com o material escolar, querer fazer as atividades de uma só vez e dificuldades de concentração”.

- Providências adotadas a partir da constatação
“Buscar ajuda de um neuropediatra e acompanhamento com psicólogo”.
- Reação e principais dificuldades dos pais encontradas ao tomarem conhecimento do diagnóstico
“A nossa reação foi de espanto, pois, achávamos que o nosso filho não era normal. Porém, o profissional que nos acompanhou no início do tratamento, informou que isso era somente uma característica do transtorno e nos tranqüilizou ao informar que, com a utilização de medicamentos mais o acompanhamento especializado, o nosso filho teria uma vida normal: ele só precisava de um pouco mais de atenção”.
- Tratamentos indicados
“No início foi tratada a auto-estima. O médico receitou uma medicação chamada Ritalina, onde a criança tomava duas vezes ao dia, um depois do café, antes de ir à escola, e outro depois do almoço. Não tinha indicação de tomar nos finais de semana e nem nos feriados e férias. Esse tratamento foi um ano e meio; depois recomendou somente uma vez ao dia, permanecendo até a presente data”.
- Opinião dos pais quanto ao tratamento medicamentoso
“Observamos que a utilização dos medicamentos deixou o nosso filho menos agitado: ele passou a ter comportamento diferenciado, tem ficado, no geral, mais calmo”.
- Dificuldades apresentadas no âmbito familiar ou escolar
“Não apresenta mais dificuldades, tanto na escola como no seio familiar, tendo em vista o acompanhamento”.

A falta de atenção em sala de aula, a desorganização com o material escolar, a vontade de fazer atividades de uma só vez e as dificuldades na concentração, levaram os pais a suspeitarem que o filho apresentava um comportamento diferente

em comparação a outras crianças da mesma idade. Diante dessas observações, perceberam, também, que o rendimento escolar ficou abaixo da média.

A partir desse histórico, resolveram procurar ajuda de um neurologista, quando foi constatado o quadro de TDAH. O especialista informou que a criança possuía algumas características diferentes e que, portanto precisava de acompanhamento especializado.

Os pais ficaram assustados com a notícia, pois, inicialmente, entenderam que o filho não era normal. Porém seguem o tratamento com muita disciplina. A auto-estima foi considerada como parte do tratamento.

Os pais informaram que a maior dificuldade encontrada por eles foi a reação negativa da escola: professores (mesmo sabendo dos problemas) e alunos que não tinham paciência com a criança.

Após um ano e meio de tratamento, houve evolução: a criança tem alcançado bons resultados na escola, bem como no convívio familiar.

Sobre as causas, Domingos e Risso (2000, p. 65) afirmam que:

Muitas causas têm sido propostas para explicar o TDAH e estudiosos concordam que não há uma única, mas sim uma combinação de fatores, que incluem (a) danos cerebral, (b) nutrição pré-natal deficitária (c) consumo de álcool ou drogas durante a gestação. (d) fatores genéticos, (e) alto nível de estresse, (f) condições físicas, neurológicas ou psiquiátricas, (g) alta incidência de infecções respiratórias e alérgicas, (h) dieta rica em açúcar, (i) intoxicações por chumbo e (j) certos medicamentos.

- Professor

- Percepção do professor diante do problema
“Foi instantâneo, logo no primeiro contato, pois ele apresentava uma inquietação fora do normal para sua idade/série”.
- Características comportamentais de TDAH
“Foi possível detectar as características comportamentais de TDAH, de imediato, porque tive informações sobre o aluno antes mesmo de conhecê-lo”.
- Postura adotada pelo professor diante de “Y”
“Procurei saber mais sobre o comportamento de crianças com TDAH”.

- Busca de informações sobre o comportamento de “Y”
“À família e também a psicólogos”.
- Ações e postura tomadas diante do caso
“Procurei trabalhar diferenças com a turma, para que a mesma compreendesse tal comportamento. Ofereci atividades curtas que exigiam concentração”.
- Conseqüências benéficas das ações tomadas
“O aluno conseguiu uma concentração por mais tempo; manteve um ótimo relacionamento em relação aos colegas; participou ativamente das atividades propostas”.
- Dificuldades encontradas
“Manter o aluno sentado e calado; evitar o excesso de perguntas”.

Logo no primeiro contato com a criança, o professor percebeu que o mesmo apresentava uma inquietação fora do normal para a idade e série, que eram as características comportamentais de TDAH, até porque obteve informações antes de conhecê-lo. Diante de tal situação procurou maiores informações sobre o assunto, houve a participação da família e psicólogos que foi de suma importância.

O professor procurou trabalhar as diferenças com a turma e ofereceu ao aluno atividades curtas que exigiam maior concentração. A postura diante das ações tomadas trouxe benefícios, pois a criança teve concentração por mais tempo e melhorou o relacionamento com os colegas e houve, também, a participação ativa nas atividades propostas. O professor, ainda, encontrou algumas dificuldades como: manter o aluno calado e sentado e evitar o excesso de perguntas.

A manifestação dos sintomas de impulsividade ou falta de autocontrole, assim é definido por Benczik (2006, p. 29):

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola ou situações sociais. É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os momentos. A criança oscila muito em suas atitudes: um dia aparece bem, e, no outro pode ter dificuldades consideráveis com a mesma tarefa, ela mostra-se inconsistente em suas respostas.

- Confirmação para ser portador de TDAH

“Podemos afirmar que um aluno é portador do TDAH quando temos a avaliação médica (psiquiatria/neurologia) do mesmo. Cabe ressaltar que este é um diagnóstico de natureza médica. Existem alguns comportamentos evidenciados em sala de aula que podem sugerir que o aluno tenha o TDAH, como por exemplo: inquietude física, desatenção, dificuldade em concluir suas atividades, excessiva exigência da atenção do professor, dificuldade em esperar sua vez, interrompe colegas e é facilmente distraível”. “Alguns exames neurológicos podem auxiliar o profissional da área de saúde, como o EEG, mapeamento cerebral e outros, mas se faz necessária a avaliação clínica. Os exames podem apresentar resultados sub-clínicos e serem instrumentos de ajuda no diagnóstico, mas devem ser inseridos numa avaliação detalhada de entrevistas com os pais, avaliação clínica e o conhecimento histórico escolar”.
- Características reconhecidas pelos profissionais da educação

“Quando o rendimento escolar baixou”.
- Momento em que o profissional de saúde auxilia o profissional de educação

“Por meio de indicação de terapia medicamentosa adequada. A mais utilizada é o metilfenidato (ritalina). O psicólogo contribui favorecendo o tratamento psicoterápico da criança junto com orientação aos pais e à escola e, usando estratégias educacionais adequadas, visa minimizar os prejuízos emocionais, sociais e pedagógicos”.
- Relação da criança com os colegas em sala de aula

“Apresenta dificuldades relacionais importantes devido à impulsividade, poucas habilidades sociais, incomoda os colegas por não saber esperar sua vez ou mesmo, pela agitação motora, acaba interrompendo as atividades ou os diálogos”.
- Sugestões transmitidas aos professores e pais

“Aos Pais cabe: Colocar o problema por escrito; sentar-se com a criança ou com a família inteira e escrever exatamente quais são as áreas problema; usar

estratégias específicas para cada área problema; criar artifícios concretos para se lembrarem como: listas, cronogramas, despertadores e outras coisas do gênero; conferir responsabilidade em tudo que for possível como, por exemplo, se a criança tem idade suficiente para acordar por conta própria, der a ela responsabilidade de fazê-lo; se ela perder o ônibus para a escola, deixar que pegue um táxi; fazer uso abundante de elogios e retornos positivos; pensar na possibilidade de usar um professor particular no que tange a trabalhos escolares e não ‘abrir mão’ de seu papel de pai ou mãe para assumir; lembrar sempre: negocie, não brigue. **Professor:** buscar apoio; encontrar uma pessoa com bons conhecimentos, a quem possa consultar quando estiver com dúvidas; manter contato com a família para se assegurar de que há esforço pelo mesmo objetivo; estabelecer regras e colocar por escrito em local bem visível (as crianças se sentirão confiantes, sabendo o que se espera delas); fazer com que a criança sente-se próxima a sua mesa, para evitar que a mesma fique à deriva; tentar ajudar as crianças a planejarem seus horários; preocupar-se mais com a qualidade do que com a quantidade; acompanhar constantemente o progresso; dar responsabilidade à criança, quando possível, deixando que ela descubra seu método de lembrar ou de pedir ajuda”.

- Opinião do especialista sobre treinamento específico para professores
 “O ideal é que os professores recebam qualificação e orientações regulares. Além disso, a turma reduzida de alunos ajuda bastante porque as crianças com estas características necessitam de atenção diferenciada”.

Comportamentos evidenciados em sala de aula podem sugerir que o aluno tenha o TDAH, como por exemplo: inquietação física, desatenção, dificuldade em concluir suas atividades, excessiva exigência de atenção por parte do professor, dificuldade em concluir suas atividades, dificuldade em esperar sua vez entre outros.

Para afirmar que a criança é portadora de TDAH, faz-se necessário a avaliação médica do psiquiatra/neurologista, quando são realizados alguns exames neurológicos que podem auxiliar o profissional de saúde como, por exemplo, o EEG, mapeamento cerebral entre outros, também, é necessária a avaliação clínica. Os exames podem apresentar resultados sub-clínicos e serem de instrumentos de ajuda

no diagnóstico, mas devem ser inseridos numa avaliação detalhada de entrevista, com pais, avaliação clínica e o conhecimento histórico escolar.

Uma das características reconhecidas pelos profissionais da educação é o rendimento escolar baixo. É nesse momento que o profissional de saúde auxilia o profissional de educação, por meio de indicação de terapia medicamentosa adequada. O psicólogo atua no tratamento psicoterápico da criança junto com orientação aos pais e à escola, visando minimizar prejuízos emocionais, sociais e pedagógicos.

O psicólogo sugere aos pais e professores algumas estratégias para auxiliar no tratamento da criança e sugere, também, que os professores recebem qualificação e orientações regulares e turmas reduzidas, tendo em vista que estas características necessitam de atenção diferenciada.

Domingos e Risso (2000) consideram que alguns comportamentos presentes no TDAH são comuns e esperados em determinados períodos do desenvolvimento, não configurando, nesses casos, um quadro clínico de transtorno. Para as autoras, os seguintes transtornos de infância e da adolescência fazem diagnóstico diferencial com TDAH: retardo mental, comportamento opositivo, outros transtornos mentais (exemplos: transtorno do humor, de ansiedade, dissociativo e alteração em virtude de uma condição médica), transtorno evasivo do desenvolvimento ou transtorno psicológico.

- Observadora

- Processo ensino-aprendizagem (atitudes e comportamento)
“O aluno demonstra uma inquietação constante: conversa muito, levanta e anda pela sala e pergunta bastante”.
- Relação professor-aluno
“Se distrai com facilidade, é preciso chamar sempre sua atenção para que se concentre”.
- Relação aluno com os colegas
“Relaciona-se muito bem com a professora e com os colegas”.

- Comportamento nas brincadeiras e jogos
“Participa de jogos e brincadeiras, obedecendo a regras”.
- Organização dos objetos pessoais
“É uma criança organizada e cuidadosa com seus objetos”.
- Atenção por parte do professor:
“O aluno necessita de atenção constante por parte da professora para que não se disperse”.
- Atividades desenvolvidas dentro do prazo solicitado pelo professor
“Desenvolve as atividades propostas. Seu tempo varia de acordo com a concentração, às vezes é rápido, outras vezes lento, porém não deixa a desejar em relação à turma”.

Durante o processo de ensino-aprendizagem, o aluno demonstrou uma inquietação constante: conversou muito, levantou, andou pela sala e perguntou bastante. Foi necessário que o professor chamasse sua atenção para que houvesse concentração.

O aluno é organizado e cuidadoso com seus objetos pessoais, tem bom relacionamento com a professora e colegas; boa participação nos jogos e brincadeiras; desenvolve as atividades propostas pelo professor de acordo com a concentração; e, às vezes, é rápido e outras vezes lento, porém, não deixando a desejar em relação a sua turma.

A adequada integração e comunicação entre a família, a escola e os profissionais que tratam a criança são essenciais para o sucesso do tratamento de TDAH.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade é um transtorno que ocorre na infância. É conhecido ou confundido apenas como sendo hiperatividade e o tratamento com medicamento é essencial para amenizar o problema.

O acompanhamento de profissionais especializados minimiza as dificuldades dos pais que lidam com crianças portadoras do TDAH. Essas crianças podem levar uma vida normal, desde que haja acompanhamento rigoroso dos pais, em conjunto com professores e especialistas.

Também, os professores são beneficiados com o diagnóstico e tratamento dado pelos especialistas, tanto por parte de médicos psiquiatras ou neurologistas, quanto pelos psicólogos.

Como aspecto mais importante deste trabalho pode-se destacar a observação presencial da criança portadora de TDAH no seu ambiente escolar, durante seis horas, pela possibilidade de conhecê-lo diretamente, consolidando, dessa forma, sua compreensão sob diferentes ângulos (pais, professores, especialista e a observação por parte desta acadêmica).

No quesito dificuldade, considerou-se a indisponibilidade dos horários dos profissionais envolvidos, o único problema na realização deste trabalho.

Talvez, como sugestão futura, seria importante a concentração de informações em um mesmo local ou fichário, à disposição dos pais para melhor entendimento e acompanhamento do problema do filho.

Tal sugestão justifica-se em razão da percepção por parte dessa aluna pesquisadora de que cada profissional tem o seu próprio registro e a escola não possui essas informações como um todo, na ficha do aluno.

REFERÊNCIAS

AMERICAN, Psychiatry Association. DSM – IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANDRÉ, Marli E.D.A, LÜDKE, Menga. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

BARKLEY, Russel A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, Edyleine B.P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* – 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____, ROHDE, Luiz Augusto P. *Atenção Hiperatividade: O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artmed, 1999.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. MEC, Ministério da Educação, *Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica* / Secretaria da Educação Especial. Brasília: SEEP, 2001.

GOLDSTEIN, Michael; GOLDSTEIN, Sam. *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança* – 9. ed. Papirus, Campinas: 2003.

SILVARES, E.F.M. Psicologia Educacional. In: DOMINGOS, Neide A. Micelli; RISSO, Kelly Renata. (Org). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental*. Vol. II, Papirus, Campinas: 2000. p. 63-65.

TOPCZEWSKI, Abram. *Hiperatividade: Como lidar?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TDAHI. Disponível em:<<http://www.tdah.com.br/oque01.php>>. Acesso: 15 set 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – FACE
CURSO: Pedagogia
ENTREVISTADORA: Maria Dolores Cunha de Sousa

DATA: —/—/2007

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PAIS
TEMA: ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH

1. Quais as características que seu filho apresenta que os levaram a suspeitar tratar-se de um quadro de TDAH?

2. Quando perceberam que o seu filho apresentava comportamento diferente, se comparado a outras crianças da mesma idade?

3. Quais as providências que adotaram a partir dessa constatação?

4. Como foi a reação de vocês ao tomarem conhecimento do diagnóstico? Quais as principais dificuldades encontradas?

5. Quais foram os tratamentos indicados?

6. Qual a opinião de vocês quanto ao tratamento medicamentoso? Explique.

7. Quais as dificuldades que seu filho ainda apresenta no âmbito familiar ou escolar?

APÊNDICE B



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – FACE
CURSO: Pedagogia
ENTREVISTADORA: Maria Dolores Cunha de Sousa

DATA: —/—/2007

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFESSOR
TEMA: ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH

1. Em que momento você percebeu que “Y” apresentou comportamento diferenciado?

2. De imediato, foi possível detectar que “Y” apresentava características comportamentais de TDAH?

3. Em razão da sua descoberta, qual a postura adotada diante de “y”?

4. A quem você recorreu para informar sobre o comportamento diferenciado de “Y”?

5. Que ações foram tomadas diante do caso?

6. Quais as conseqüências benéficas dessas ações?

7. Quais as dificuldades encontradas?

APÊNDICE C



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – FACE
CURSO: Pedagogia
ENTREVISTADORA: Maria Dolores Cunha de Sousa

DATA: —/—/2007

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ESPECIALISTA
TEMA: ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH

1. Quando se pode afirmar que o aluno “Y” é portador de TDAH?

2. As características do TDAH são facilmente reconhecidas por qualquer profissional? Quais são elas?

3. É necessário algum tipo de exame específico para diagnosticar que “y” apresente o TDAH?

4. Em que momento o profissional de saúde poderá auxiliar, no tratamento de “Y”, o profissional de educação?

5. Qual é a relação de “Y” com os demais colegas em sala de aula?

6. Que sugestões são transmitidas aos professores e pais para condução dos alunos portadores de TDAH?

7. Quais as dificuldades que pais e professores encontram diante da criança com TDAH?

8. Na sua opinião, o professor deve receber treinamento específico para lidar com crianças, a exemplo de “Y”, portadoras de TDAH?

APÊNDICE D



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – FACE
CURSO: Pedagogia
OBSERVADORA: Maria Dolores Cunha de Sousa

DATA: —/—/2007

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO ALUNO
TEMA: ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - TDAH

9. Atitudes e comportamentos da criança em sala de aula, durante o processo de ensino-aprendizagem (se distrai-se facilmente, se é desatento).
10. Relação da criança com a professora.
11. Relação da criança com os colegas.
12. Comportamento da criança em brincadeiras ou jogos.
13. A criança e a organização dos seus objetos pessoais.
14. Observar qual o comportamento da criança em brincadeiras ou jogos.
15. Necessidade da atenção por parte do professor.
16. Desenvolvimento de atividades propostas dentro do prazo solicitado pelo professor.
17. Outras observações.